

SUBSÍDIOS PARA UMA PROPOSTA DE GESTÃO DA REDE DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE DO SUS, COM BASE EM RESULTADOS

Subsidies to a proposal for managing the network of health services and actions of the SUS, based on results

Contribuciones a una propuesta para la gestión de la red de servicios de salud y las acciones del SUS, en base a los resultados

Hesio Cordeiro¹, Paulo H. Rodrigues², Carlos Gonçalves Serra³, Roberto Bezerra⁴

RESUMO

O artigo refere-se às inovações que devam ser testadas pelo Ministério da Saúde visando superar as dificuldades e entraves da gestão do Sistema Único de Saúde que comprometem a resolubilidade e a qualidade dos cuidados de saúde. É realizada uma revisão da experiência internacional em relação aos sistemas e elementos da gestão da rede de serviços levando em conta a base territorial, o órgão regulador e os instrumentos de regulação. Na situação do Brasil, revisa-se o Pacto pela Saúde que produziu avanços na concepção do SUS aproximando-o da prática de contratação por resultados, semelhantes a de países europeus. Propõe-se um instrumento de definição de responsabilidades proposto pelo Pacto que é o Termo de Compromisso de Gestão a ser assinado pelos gestores estaduais e municipais. O artigo propõe experiências com base na delimitação de áreas piloto em três níveis de complexidade, na definição de responsabilidade pela gestão, pela regulação com autonomia administrativa e financeira.

Palavras-chave: Sistema único de saúde; Gestão; Brasil: políticas de saúde; Rede de serviços de saúde; Autonomia gerencial; Descentralização.

ABSTRACT

This article is related to organizational innovations that should be tried by the Health Ministry in order to solve Health System managerial difficulties and problems that impact resolvability and quality of the health care delivery system. An international revision concerning system and managerial aspects of the network services taking into account the territorial basis and

¹Doutor em Medicina Preventiva pela USP, coordenador do mestrado profissional em Saúde da Família da Universidade Estácio de Sá; diretor de gestão da Agência Nacional de Saúde Suplementar. hesio@estacio.br.

²Doutor em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da UERJ, professor do mestrado profissional em Saúde da Família da Universidade Estácio de Sá. pharodrigues@gmail.com.

³Doutor em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da UERJ, professor do mestrado profissional em Saúde da Família da Universidade Estácio de Sá. carlosgser@gmail.com.

⁴Doutor em Ciências da Vida, Universidade de Paris VI. Vice-coordenador do mestrado profissional em Saúde da Família da Universidade Estácio de Sá; gerente geral de Acompanhamento Institucional da Agência Nacional de Saúde. roberto.bezerra@ans.gov.br

regulatory elements has been made. The Brazilian scenario based on the “Pact for Health” that resulted in improvements in the concept of Unique Health System related to the contracting practices based in results as European countries have done. It is suggested a tool for definition of responsibilities by the Pact of Health named “Managerial Compromising Term” to be signed by state and local health authorities. The article suggests experiences based on the delimitation of pilot areas in three complexity levels, in the definition of managerial responsibility, and the regulation with financial and administrative autonomy.

Keywords - Unique Health System; Brazil: health policy; Health services network; Managerial autonomy; Decentralization.

RESUMEN

El trabajo se refiere a las innovaciones que se deben poner en práctica por el Ministerio de Salud para lograr la superación de dificultades de la gestión del Sistema Único de Salud que comprometen la calidad y la resolubilidad de los cuidados de salud. Se realiza una revisión de la experiencia internacional en relación a los sistemas y elementos de gestión de la red de servicios tomando en cuenta el territorio, las políticas de regulación e los instrumentos de regulación. En la situación de Brasil se hace la revisión del Pacto por la Salud que ha generado resultados positivos en la concepción del SUS de forma semejante a los países de Europa.

Palabras clave - Sistema Único de Salud; gestión; Brasil: políticas de salud; red de servicios de salud; autonomía de gestión; descentralización.

INTRODUÇÃO

Um dos maiores desafios do Sistema Único de Saúde é a superação dos entraves relacionados à gestão das instituições e do sistema de saúde para vencermos as dificuldades do Sistema Único de Saúde. Trata-se de desenvolver iniciativas inovadoras que possam ser conduzidas em alguns municípios selecionados pelo Ministério da Saúde, para testar o funcionamento de mecanismos de gestão e transferência de recursos financeiros que não estejam mais vinculados à realização de procedimentos e sim ao alcance de objetivos e metas estabelecidos em comum acordo entre gestores locais e o Ministério, por intermédio da Comissão Intergestores Tripartite (CIT). O trabalho apresenta a seguir: as bases normativas para a gestão da rede de serviços do SUS; subsídios da experiência internacional; e uma proposta preliminar para um novo enfoque da gestão da rede SUS.

BASES LEGAIS E NORMATIVAS DA GESTÃO E O FINANCIAMENTO DA REDE SUS⁴⁽¹⁾

O texto deste item focaliza as questões da descentralização da rede de ações e serviços e nos critérios gerais para a transferência de recursos federais para estados e municípios, que estão diretamente relacionados ao tema deste trabalho.

Descentralização e regionalização da rede

A diretriz constitucional de descentralização do Sistema (Constituição Federal, Art. 198, I⁽²⁾) foi detalhada na Lei nº. 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde, LOS). Definida como um princípio do SUS, ela consta da lei como descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, ênfase na descentralização dos serviços para os municípios e a regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde (art. 7.º, IX, a e b). Desde então, o sistema de saúde brasileiro passou a enfatizar a gestão dos serviços pela esfera de governo local, ou municipal.

Desde 2001, a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 01/01)⁽³⁾, publicada pela Portaria GM/MS nº. 95, de 26 de janeiro de 2001 do Ministério da Saúde estabelece que os estados devam coordenar o esforço de definição de regiões, microrregiões e módulos assistências, englobando um ou mais municípios para a regionalização da rede de ações e serviços do SUS. Tal regionalização deve ser estabelecida pelos Planos Diretores de Regionalização (PDR), pactuados entre os estados e os municípios. Mais recentemente, o Pacto pela Saúde (Portaria GM/MS nº. 399, de 22 de fevereiro de 2006), define as Regiões de Saúde como territórios contínuos, identificados a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infra-estrutura de transportes compartilhados do território. Esta Portaria diz, ainda, que a organização da Região de Saúde deve favorecer a ação cooperativa e solidária entre os gestores e o fortalecimento do controle social, o que deve ser atingido por meio da pactuação entre todos os gestores envolvidos e a criação de Colegiados de Gestão Regional.

⁴ Este item está baseado em capítulo de livro escrito por Carlos Gonçalves Serra e Paulo Henrique Rodrigues em processo de publicação pela Escola Politécnica Joaquim Venâncio (EPSJV) da Fundação Oswaldo Cruz.

Repasse de recursos financeiros

Os repasses dos recursos federais para estados e municípios para o financiamento da saúde continuam, até hoje, baseados principalmente no histórico de produção de serviços, cuja origem se encontra nas regras do antigo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Tal critério é a base de cálculo utilizado na Programação Pactuada e Integrada (PPI) para a definição dos recursos ambulatoriais e hospitalares. Este critério é contraditório com a definição da LOS, que dá uma clara prioridade para o critério demográfico em relação aos valores a serem transferidos a estados, Distrito Federal e municípios, entre seis outros critérios, uma vez que determina que: “Metade dos recursos destinados a Estados e Municípios será distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio”⁽⁴⁾.

Como grande parte da rede de serviços do SUS é anterior à Reforma Sanitária e as principais unidades do antigo INAMPS ficavam, em grande parte, nas grandes cidades do Sudeste e Sul do País, sua distribuição apresenta uma grande desigualdade regional. O Piso de Atenção Básica (PAB) definido pela NOB nº. 01/96, seguida dos incentivos para a Atenção Básica pretende dar conta das despesas neste nível de atenção. Até hoje, no entanto, a maior parte dos recursos transferidos pelo Ministério da Saúde aos estados e municípios financia a atenção de média e alta complexidade, cuja lógica básica é a da produção de serviços. Os dados apresentados na tabela 1, a seguir, relativos ao período 1995-2002, demonstram com clareza esta afirmação.

Tabela 1: Gastos do Ministério da Saúde⁽⁵⁾ – principais itens, 1995-2002 (Em milhões de R\$ de 2001)

Discriminação	1995	%	2002	%	2002/ 1995 (%)
1. Atenção básica	2.681	10,5	5.063	17,7	188,8
1.1 PAB fixo	1.905	7,5	1.920	6,7	100,8
1.2 PACS/PSF	134	0,5	1.300	4,6	970,1
1.3 Outros	642	2,5	1.843	6,5	287,1
2. Méd. e Alta Complexidade	11.417	44,9	12.953	45,4	113,5
2.1 SIH e SIA/SUS	10.465	41,2	12.198	42,7	116,6
2.2 Hospitais próprios	952	3,7	755	2,6	79,3
3. Pessoal	6.421	25,3	4.878	17,1	76,0
4. Outros	4.904	19,3	5.657	19,8	115,4
TOTAL	25.423	100,0	28.551	100,0	112,3

Como se pode ver, os itens que apresentaram a maior variação no período analisado foram os recursos para o financiamento da atenção básica (que aumentaram de 10,5%, em 1995, para 17,7% em 2002) e os recursos para pagamento de pessoal (que caíram de 25,3%, em 1995, para 17,1%, em 2002). Os recursos para as ações de média e alta complexidade, os quais são distribuídos fundamentalmente pela lógica do histórico da produção, praticamente não apresentaram variação (sendo 44,9% do total em 1995, e 45,4% em 2002). A melhora na distribuição regional dos recursos transferidos pelo Ministério da Saúde para os diferentes estados brasileiros no período diz respeito basicamente aos recursos destinados à atenção básica⁽⁶⁾.

Como se viu, o principal mecanismo de transferência de recursos ainda está baseado no pagamento por procedimentos do antigo INAMPS, com as modificações introduzidas posteriormente pelas Normas Operacionais Básicas de Saúde (NOB), nº. 01/91, 01/93 e 01/96. O recente Pacto pela Saúde não alterou substancialmente a forma dos mecanismos de transferência de recursos.

SUBSÍDIOS DA EXPERIÊNCIA INTERNACIONAL⁵⁽⁶⁾

Uma tendência crescente em diferentes sistemas de saúde é a adoção de critérios da chamada administração pública gerencial ou por resultados, que inclui a separação entre a gestão do sistema e a gestão da operação, também conhecida como “separação entre o principal e o agente”^(7,8). Dentre os conteúdos essenciais das mudanças promovidas no Sistema Nacional de Saúde Inglês nos anos 1980, por exemplo, figuram a “separação de funções entre o nível central e o nível operacional para o desenvolvimento no executivo de capacidade de formulação política”; e a “transformação das autoridades sanitárias em compradores de atenção à saúde”⁽⁹⁾.

Diversos sistemas de saúde adotam este tipo de separação, onde as atividades de gestão e regulação das redes de serviço, que são de responsabilidade de autoridades sanitárias regionais (as quais desempenham o papel do principal) e a operação dos serviços, que é feita por hospitais ou unidades de saúde secundárias ou primárias, organizados como empresas

⁵ O texto relativo a este item está baseado em artigo escrito por Paulo H. Rodrigues a ser publicado no próximo número da Revista da Faculdade de Medicina de Petrópolis e no relatório do projeto de pesquisa: “Estratégias de Saúde da Família e o sistema de referência e contra-referência”, realizada com o apoio do CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (Edital 37/2004), por Carlos Gonçalves Serra e Paulo H. Rodrigues.

públicas ou privadas (os agentes do sistema). Em geral há contratos de gestão entre ambos, principais ou gestores, de um lado, e agentes ou unidades de prestação de serviços, de outro. Isto ocorre, por exemplo: no Canadá, com exceção da Província de Ontário⁽¹⁰⁾, na Espanha⁽¹¹⁾ na Itália⁽¹²⁾, em Portugal⁽¹³⁾ e no Reino Unido⁽¹⁴⁾ entre outros. Tais elementos comuns são sintetizados no quadro 1 a seguir.

Quadro 1 - Tipo de sistema e elementos de gestão da rede de serviços de saúde em países selecionados⁽¹⁵⁾.

País	Tipo de sistema de saúde	Elementos de gestão da rede de serviços		
		Base territorial	Órgão regulador regional ou local	Instrumento de regulação com prestadores
Canadá	Público de acesso universal	Região sanitária	Autoridade Sanitária Regional	Acordos de cooperação
Espanha	Público de acesso universal	Área de saúde	Área de Gestão Sanitária ou Área de Gestão Clínica	Contrato-programa
França	Seguro social	Esquema Regional de Organização Sanitária	Agência Regional de Hospitalização	Acordos de cooperação técnica
Itália	Público de acesso universal	Distrito sanitário	Agência Sanitária Local	Contrato de prestação de serviços
Portugal	Público de acesso universal	Região sanitária	Administração Regional de Saúde	Contrato-programa
Reino Unido	Público de acesso universal	Região sanitária	Autoridade Sanitária	Contrato de gestão

É importante assinalar que a maior parte desses elementos tem correspondência com as recomendações das organizações internacionais de saúde (OMS e OPAS⁽¹⁶⁾). Tais elementos não existem no SUS, onde os instrumentos de regulação ainda são incipientes. No Brasil, toda a gestão da rede de serviços está a cargo diretamente dos municípios, ou dos Estados – principalmente nas regiões metropolitanas das capitais – e não de agências regionais, além de praticamente não haver contratação entre as unidades de saúde e os gestores municipais ou estaduais.

Em alguns dos países considerados, as redes de ações e serviços de saúde são definidos de acordo com uma população entre 200 e 300 mil pessoas, que justifica a existência dos três níveis de complexidade do sistema de saúde. Numa região deste porte populacional é possível o funcionamento desde a atenção primária até de um hospital geral com no mínimo 200 leitos. Este é o caso, por exemplo, dos sistemas nacionais de saúde do Reino Unido e da Espanha^(17,18).

Deve-se destacar, aqui, três elementos que diferenciam a experiência brasileira dos países mencionados nos quais há: a) a definição de autoridades de saúde para cada região, responsáveis pelo planejamento e pela contratação dos serviços às unidades existentes nos territórios de sua responsabilidade; b) a separação entre as tarefas de gestão/regulação, que cabem a agências específicas, e a execução dos serviços de saúde, que cabem a unidades com autonomia administrativa e financeira; c) a contratação de serviços com base em objetivos e metas; e d) a definição de área geográfica com base em escala populacional definida para a organização dos serviços de saúde. Nenhum destes elementos está presente atualmente no SUS, embora não estejam em desacordo com as diretrizes constitucionais e os princípios legais do mesmo.

O Pacto pela Saúde introduziu avanços na concepção de gestão do SUS que aproximam o nosso sistema da prática de contratação de resultados, existente nos países mencionados, ao estabelecer que: estabelece que: o Sistema de Planejamento do SUS deve se basear “nas responsabilidades de cada esfera de gestão, com definição de objetivos e conferindo direcionalidade ao processo de gestão do SUS, compreendendo nesse sistema o monitoramento e avaliação”⁽¹⁹⁾. O instrumento para esta definição de responsabilidades proposto pelo Pacto é o Termo de Compromisso de Gestão, a ser assinado pelos gestores estaduais e municipais.

PROPOSTAS

Com base no acima exposto, sugere-se para as experiências-piloto:

- Delimitação de áreas sanitárias, levando em consideração a escala populacional que justifica a existência dos três níveis de complexidade do sistema de saúde;
- Definição de responsabilidade pela gestão e regulação das áreas sanitárias para entes regionais (autoridades sanitárias locais) com autonomia administrativa e financeira;

- Inclusão entre as responsabilidades das autoridades sanitárias locais a regulação do acesso a serviços de: urgência; exames complementares; consultas especializadas; e internação hospitalar; além do poder de estabelecer as atribuições e responsabilidades das diferentes unidades de prestação de serviços dos três níveis de complexidade em sua respectiva área, com base nas necessidades de saúde da população;
- Atribuição de autonomia administrativa e financeira, na forma de unidades orçamentárias, para as unidades de saúde, ou grupos de unidades (conjunto de unidades básicas, por exemplo);
- Definição clara de competências para as autoridades sanitárias locais e as unidades de prestação de serviços dos três níveis de complexidade;
- Estabelecimento de contratos de gestão entre o Ministério da Saúde e os gestores municipais ou colegiados de gestão, com o objetivo de contratação de metas e resultados e correspondentes recursos financeiros para o alcance dos mesmos;
- Estabelecimento de contratos de gestão entre os gestores municipais ou colegiados de gestão e as autoridades sanitárias locais, com o objetivo de contratação de metas e resultados e correspondentes recursos financeiros para o alcance dos mesmos;
- Estabelecimento de contratos de gestão entre as autoridades sanitárias locais e as unidades prestadoras de serviço, com o objetivo de contratação de metas e resultados e correspondentes recursos financeiros para o alcance dos mesmos;
- Inclusão no conteúdo dos contratos de gestão de indicadores de desempenho relativos a: melhoria das condições de saúde; acessibilidade da população às ações e serviços da área; resolubilidade e qualidade das ações e serviços prestados; integração entre os serviços (referência e contra-referência e continuidade do cuidado); e eficiência da utilização dos recursos materiais e financeiros;
- Estabelecimento de incentivos financeiros ao cumprimento das metas e resultados a serem previstos nos contratos de gestão;
- Criação de sistema de monitoramento e avaliação do cumprimento de metas, com base nos indicadores de desempenho, que conte com a participação de avaliadores externos (Universidades, por exemplo);

- Prestação de contas com base nas metas e resultados estabelecidos nos contratos para os órgãos de participação da comunidade no Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

1. Serra, CG. Rodrigues, PH. Problemas do financiamento do SUS. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ. No prelo.
2. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/>; acessado em 17/03/07.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº. 95, de 26 de janeiro de 2001. Norma Operacional de Assistência à Saúde nº. 01/2001.
4. Brasil. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. art. 35, § 1º.
5. Santos GF. Financiamento e investimento na saúde pública de 1995 a 2002. In: Negri B, Viana ALD. O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio. São Paulo: SOBRAVIME/CEALG; 2002. p. 391-410.
6. Rodrigues PH. Desafios do Modelo de Gestão do SUS. Revista da Faculdade de Medicina de Petrópolis (FMP). No prelo 2007.
7. Trosa S. Gestão pública por resultados quando o Estado se compromete. Rio de Janeiro: Revan; Brasília: ENAP; 2001. p. 27.
8. Przeworski A. Sobre o desenho do Estado: uma perspectiva agent x principal. In: Pereira, LCB. Spink P. Reforma do Estado e administração pública gerencial. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2003. p. 39-73.
9. Costa NR. A descentralização do sistema público de saúde no Brasil, balanço e perspectiva. In: Negri B, Giovanni G. Brasil, radiografia da saúde. Campinas: UNICAMP. IE; 2001. p.307-21.
10. OHA (ONTARIO HEALTH ASSOCIATION). Regional health authorities. In Canadá, lessons from Ontario. Toronto: OHA; 2002. p. 1 e 16.
11. SESPAS (Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria)a. La salud pública y el futuro del estado del bienestar. Informe SESPAS 1998. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 1998. p.269.
12. Maio V, Manzoli L. The Italian Health Care System: W.H.O. Ranking Versus Public Perception. P&T®; June 2002, 27(6):301-308. [acesso em 2005 nov. 12]. Disponível em: <http://www.ptcommunity.com/ptjournal/fulltext/27/6/PTJ2706301.pd>.

13. Portugal, Assembléia da República. Lei n.º. 27, de 8 de novembro de 2002. Aprova o novo regime jurídico da gestão hospitalar e procede à primeira alteração à Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto. Art. 10
14. European observatory on health care systems. Health Care Systems. In Transition, United Kingdom. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems; 1999. p.10-5.
15. Serra CG, Rodrigues PH. Estratégias de Saúde da Família e o sistema de referência e contra-referência (Relatório de Pesquisa). Rio de Janeiro: Mestrado Profissional em Saúde da Família, Universidade Estácio de Sá; 2007.
16. OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde). Seminário Internacional Desarrollo de la Red Asistencial: Experiências y Desafíos. Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud, Serie: Serie Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud, n.º 21. Washington: OPAS; 2000.
17. European observatory on health care systems. Health Care Systems. In Transition, United Kingdom. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems; 1999.
18. SESPAS (Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria)b. La salud pública y el futuro del estado del bienestar. Informe SESPAS 1998. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 1998.
19. Brasil. Portaria 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. Anexo 1 Planejamento do SUS.